

ケアマネジャー⇒薬剤師（初回用）

## 在宅患者連携シート 浦安版

記入日：令和 年 月 日（ ）

事業者名：

担当ケアマネジャー名：

連絡先（電話番号）

（FAX）

.....

かかりつけ薬局名：

連絡先（電話番号）

（FAX）

利用者氏名				（ふりがな				）
生年月日	年	月	日	年齢	歳	（男・女）	お薬手帳	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし

### 薬剤師に期待するサポート>

※当てはまる項目にチェックして下さい。

残薬調整

服薬指導

対応の相談

その他

キーパーソン	<input type="checkbox"/>	いる		<input type="checkbox"/>	いない
いる場合は、御氏名と昼間連絡が取れる電話番号をご記入下さい。					
御氏名	連絡先：			続柄：	

※上記以外で、何か伝えたいこと等ございましたら、ご記入下さい。

後ほど、フェイスシートもしくは、情報提供書をFAXします。